

附則様式第2号(附則第3項関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時 頃)								
1	医療機関の受診状況	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない									
2	(1で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
3	療養のために休んだ期間	年 月 日から	4								
		年 月 日まで									
		左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。) 日									
5	上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
6	5で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								

(上記1において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記3～6の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号